

Zespół stresu pourazowego- rys historyczny, terminologia, metody pomiaru

Posttraumatic stress disorder – history, terminology, measurement methods

Marta Makara-Studzińska¹, Iwona Partyka², Piotr Ziemecki³

¹Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Celejowie

Streszczenie

Zespół stresu pourazowego-PTSD (ang. posttraumatic stress disorder) jest zaburzeniem lękowym występującym u osób narażonych na zdarzenie traumatyczne. Obraz PTSD zależy od wielu czynników pretraumatycznych, rodzaju działającego czynnika, a także od okoliczności występujących po ekspozycji takich jak wsparcie czy pomoc specjalistyczna. Mimo, że pojęcie zespołu stresu pourazowego wprowadzono do kategorii diagnostycznych w latach osiemdziesiątych, sama obecność tego zaburzenia towarzyszyła ludzkości od jej początku. Znalazło to swoje odbicie w literaturze, a także w obserwacjach medycznych. Przez lata zmieniało się rozumienie i postrzeganie PTSD, co powodowało ewolucję definicji zaburzenia po stresie traumatycznym. Miało to swój wyraz w stosowanych powszechnie klasyfikacjach diagnostycznych ICD czy DSM.

Procesowi temu towarzyszyło rozwijanie narzędzi pomiaru przydatnych w diagnozie jak i pozwalających na dalsze badania. Różnorodność opracowanych dotychczas metod, pozwala na coraz bardziej obiektywne i dokładne diagnozowanie zaburzenia.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, rys historyczny, kryteria diagnostyczne

Abstract

Posttraumatic stress disorder - PTSD is an anxiety disorder occurring in people exposed to a traumatic event. Disorder symptoms must occur after the traumatic event, cannot overtake it.

The picture of PTSD depends on many pretraumatic factors, the type of acting factors and the circumstances of the exposure such as support and expert assistance.

Although the concept of PTSD diagnostic category was introduced in the 1980s, this disorder accompanied humanity since its beginnings, because for centuries humanity met traumatic events that caused fear and anxiety. There were wars, traffic accidents or natural disasters. This has been described in the literature, as well as in medical observations. Over the years, the understanding and perception of PTSD has changed. That was the reason for evolution of definition and the idea of PTSD. Those changes were reflected in the commonly used diagnostic classifications of the ICD or DSM.

This process has been accompanied by the development of measurement tools used for diagnosis and for further research. The variety of methods developed so far, interviews and self-assessment questionnaires, allow for more objective and accurate diagnosis of the disorder.

Some of the tools such as the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD are intended to diagnose veterans and have Polish validation, which allows to exam civilians while others are designed to test children (Children's PTSD Inventory).

Keywords: posttraumatic stress disorder, historical background, diagnostic criteria

Wstęp

Pojęcie zespołu stresu pourazowego, czy też zaburzenia po stresie traumatycznym, zostało wprowadzone do DSM III w roku 1980. Jednak sama istota zaburzenia pozostawała znana od starożytności. Najstarszy opis wpływu wydarzeń traumatycznych na psychikę ludzką pochodzi z czasów panowania III dynastii Ur - ostatniego okresu niezależność Sumerów [1]. Był to czas wojen między rokiem 2027 p.n.e. a 2003 p.n.e. Opisywano poczucie lęku bezradności i zaburzenia snu, które wystąpiły u mieszkańców [2].

Cel pracy

Celem artykułu jest przedstawienie ewolucji koncepcji zespołu stresu pourazowego oraz przegląd metod pomiaru PTSD.

Metoda

Praca składa się z dwóch części. Część pierwsza opisuje historię i pierwsze obserwacje PTSD (zarówno w literaturze pięknej jak i medycznej). Uwzględniono w niej również doniesienia dotyczące prac nad redefinicją pojęcia w klasyfikacjach ICD-11 oraz DSM V. Część druga dotyczy metod pomiaru PTSD.

Przy pomocy baz danych (EBSCO, OVID, PubMed, PBL) dokonano przeglądu literatury medycznej dotyczą-

cej zespołu stresu pourazowego. Wyszukiwano hasła: PTSD, diagnostics criteria, post-traumatic stress disorders, psychometrics, screening scale, zespół stresu pourazowego.

Ze względu na charakter pracy (rys historyczny) uwzględniono prace opublikowane do marca 2012 roku. Kolejnym elementem włączającym był język publikacji: angielski i polski. Po przeszukaniu baz danych, uzupełniono przegląd o materiały znalezione w referencjach źródeł pierwotnych. Korzystano także z informacji zawartych na oficjalnych stronach WHO, ICD i DSM.

1. Rys historyczny i perspektywy PTSD

PTSD w literaturze pięknej (od Homera i Szekspira po Remarquę i Vonneguta)

Tematyka związana z wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym zdarzeniem pojawia się w literaturze u Homera, Szekspira, Dickensa czy Remarquę. Zdarzenie katastrofalne dotyka głównych bohaterów czy dotyczy też samych pisarzy.

Już Odysowi towarzyszą nawracające powojenne wspomnienia [3]. Opis Homera (VIII w. p.n.e.) jest na tyle trafny, iż jedna z książek ukazująca stres pourazowy dotyczący amerykańskich żołnierzy powracających z Wietnamu nosi tytuł: *Odyseusz w Ameryce: Uraz bojowy i próby powrotu do domu* [4].

W kronice napisanej przez Williama Szekspira z ok. 1596 r. opisywane są losy Henryka IV - króla Anglii. Henryk IV po powrocie z wojny przeżywał koszmary senne i unikał wszystkiego co przypominało mu sytuację urazową [5,6].

Kilkadziesiąt lat po Szekspirze Robert Burton - siedemnastowieczny humanista w *Anatomii melancholii* (1621r) poruszał kwestie konsekwencji psychicznych zdarzeń traumatycznych [7].

Świadek epidemii dżumy w 1665 i wielkiego pożaru Londynu w rok później - Samuel Pepys utrwalił w swoim "Dzienniku" przeżycia dotyczące przypominania sobie traumatycznych wydarzeń.

Jeden z najwybitniejszych powieściopisarzy angielskich Charles Dickens w roku 1865 wracając do Londynu uległ katastrofie kolejowej (śmierć poniosło 10 osób, 49 było rannych), sam pisarz nie był ranny jednak wspomnienia tej katastrofy towarzyszyły mu do końca życia o czym pisał w listach do swojego przyjaciela Thomasa Mittona [8].

W 1929 roku została wydana antywojenna powieść Ericha Marii Remarque'a pt. *„Na zachodzie bez zmian”*. Przedstawia ona wpływ rzeczywistości wojennej na losy niemieckich żołnierzy podczas I Wojny Światowej. Autor z dziennikarską dokładnością opisuje przeżywane przez nich emocje oraz powracające wspomnienia wojny.

Podobnie II Wojna Światowa pozostawia ślad tragicznych wspomnień u Kurta Vonneguta - *„Rzeźnia numer pięć, czyli Krucjata dziecięca, czyli Obowiązkowy taniec*

ze śmiercią” jest przykładem powracania stresora i emocji związanych z bombardowaniem Drezna.

PTSD- pierwsze medyczne obserwacje

Jedne z pierwszych medycznych obserwacji pochodzą z czasu wojny secesyjnej. W latach 1861-1865 lekarz Jacob Mendez Da Costa opisywał żołnierzy, którzy mieli przyspieszoną akcję serca, a taki zespół nazwano sercem żołnierskim lub sercem Da Costy *„Da Costa's heart”*. Aspekty psychiatryczne w tym przypadku nie były w pełni rozeznane [9].

W roku 1875 angielski chirurg John Eric Erichsen opisał objawy psychiczne następujące po wypadku. Uważał, że są one efektem zmian organicznych. Był on ekspertem w dziedzinie „railway spine” (wstrząśnienie kręgosłupa) zwanego także chorobą Erichsena [10]. Podobne zaburzenia opisywał Herman Oppenheim w 1889 roku, określając je mianem nerwicy traumatycznej - *„traumatic neurosis”*. Również i on dostrzegał ich organiczne podłoże [9].

W czasie I wojny światowej zainteresowanie stresem pourazowym wzrosło ze względu na skalę zjawiska występującego wśród walczących żołnierzy. Stosowaną wówczas metodą leczenia była hipnoza. Jej zwolennikiem był Charles Samuel Myers. Był on brytyjskim psychiatrą wojskowym, który jako pierwszy użył terminu *„shell-shock”* (szok artyleryjski) i dostrzegał duże podobieństwo nerwicy wojennej do hysterii [9].

W roku 1887 Charcot zauważył podobieństwo szoku pourazowego do stanów hipnotycznych, a w roku 1889 Pierre Janet zwrócił uwagę na podstawowy problem występujący u pacjentów, jakim był brak umiejętności zintegrowania wspomnień dotyczących traumy. Nie zintegrowane wspomnienia powracały później jako żywe wspomnienia, sny, czy też w postaci gorszego samopoczucia [11].

Podobnie jak Janet, Freud dopatrywał się przyczyn hysterii w urazach psychicznych. Współpracując, ze swoim przyjacielem i nauczycielem Breuerem, nad leczeniem hysterii, zauważał centralne miejsce urazów seksualnych z okresu dzieciństwa w etiologii nerwic (Studia nad Histerią 1895). Opracował on teorię wczesnodziecięcego uwiedzenia, według której, każdy przypadek hysterii jest spowodowany przedwczesnym doświadczeniem seksualnym. Później częściowo z niej zrezygnował, wprowadzając pojęcie kompleksu Edypa. Według tej koncepcji przyczyną zaburzeń jest dysharmonia, spowodowana konfliktem między: fantazjami erotycznymi dziecka na temat rodzica, a społecznym tabu [12].

Sam Emil Kreapelin (1896) zwrócił uwagę na złość i pobudzenie mające miejsce po poważnym wypadku i zranieniu określając to mianem *„Schreckneurose”* (nerwica z przerażenia) [9].

W roku 1941 Abram Kardiner opublikował swoją pracę pt. *„The Traumatic Neuroses of War”* (*„Wojenna nerwica pourazowa”*). Praca ta była owocem jego do-

świadczeń wynikających z leczenia weteranów I Wojny Światowej i obserwacji pacjentów podczas II Wojny Światowej. Dużo miejsca Kardiner poświęcił w niej szczegółowym opisom swoich pacjentów. Zauważył, że u pacjentów występuje nieustanna czujność i wrażliwość na zagrożenia, której efektem jest podenerwowanie i wybuchy agresji, wierzył, że jest to wynikiem wpływu ego, które za cel stawia sobie zapewnienie bezpieczeństwa i chroni się przed powrotem wspomnień urazu.

W roku 1959 w Klinice Krakowskiej rozpoczęto badania dotyczące stanu psychicznego i somatycznego osób dotkniętych prześladowaniami reżimu nazistowskiego i komunistycznego. Zajmowano się tematyką obozów koncentracyjnych, także losu dzieci, ofiar eksperymentów pseudonaukowych, więźniów politycznych, czy od lat 80-tych ofiar Holocaustu [13]. Wtedy też powstało pojęcie astenii postępującej nazywanej też KZ- syndromem.

KZ-syndrom charakteryzował osoby z niepokojem ruchowym, doświadczające koszmarów sennych, przeżywające na nowo doświadczenia obozowe (hipermnezja napadowa) [14,15].

Wyniki tych badań opublikowanych w 1962 roku były zbliżone do późniejszego opisu PTSD [13].

Obecnie prowadzi się badania nad zespołem stresu pourazowego u weteranów wojen, ofiar gwałtu, ataków terrorystycznych, wypadków komunikacyjnych czy ofiar katastrof naturalnych [9, 15].

PTSD w klasyfikacjach medycznych

Zaburzenia psychiczne pierwszy raz pojawiły się w klasyfikacji ICD-6 w 1948 roku.

W tej klasyfikacji, kategorią najbliższą do Zespołu stresu pourazowego było Ostre nieprzystosowanie sytuacyjne (326.3 Acute situational maladjustment), należące do grupy Innych niespecyficznych zaburzeń zachowania i inteligencji (326). Analogicznie w ICD-8 (1965) zaistniała kategoria 307 Krótkotrwałe (przemijające) zakłócenie sytuacyjne (307 Transient situational disturbance) [16].

W kolejnej klasyfikacji diagnostycznej, w kategorii związanej z ekspozycją na stres pojawiła się podkategoria: Ostrego zaburzenia stresowego (308 Acute reaction to stress), która to oznaczona jako F43 (Acute stress reaction), podobnie jak i w obowiązującej ICD-10, poprzedza: Zaburzenie stresowe pourazowe (F43,1) [17].

W roku 1952 powstała klasyfikacja DSM i już wtedy istniała kategoria: Uogólnione reakcje stresowe. W 1968 roku kategoria ta zyskała miano: Reakcji adaptacyjnej, a od DSM III: Zaburzenia stresowego pourazowego, odróżnionego już od Ostrej reakcji na stres.

Duży wpływ na określenie kryteriów DSM III miała sformułowana w 1976 roku teoria Horovitz. Opisuje on reakcje na ekstremalny uraz psychiczny. Brak możliwości przetwarzania informacji przesuwają ją poza świadomość uruchamiając mechanizmy obronne (zaprzeczenie i odrętwienie). Traumatyczna informacja przedostając się do

świadomości jest po pewnym czasie przetworzona (określane jest to jako intruzja) [za 15].

Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego

Kryteria diagnostyczne ICD 10 i DSM IV-TR są zbliżone [18,19]. Obie klasyfikacje zakładają wystąpienie wspólnych elementów: jest to nawracające przeżywanie urazu, unikanie bodźców z nim związanych i nadmierne pobudzenie.

Również obie klasyfikacje zakładają, że przyczyna urazu jest znana i jest to (punkt A- w ICD10)- wydarzenie lub sytuacja wyjątkowo zagrażająca lub katastroficzna, mogąca spowodować odczuwanie cierpienia u niemal każdego, oraz (także punkt A) w DSM IV, który mówi o konfrontacji z zagrożeniem (A1), także jako świadek zdarzenia, oraz dodaje w punkcie A2 reakcje obejmującą: strach, poczucie bezradności lub horroru.

Kryterium powracania- nawracającego przeżywania urazu to w ICD-10 kryterium B. Obejmuje ono odżywianie stresora w postaci przeżyć, wspomnień, snów lub gorszego samopoczucia w sytuacji przypominającej stresor. Objawy te są ujęte także w kategorii DSM IV [19].

Obie klasyfikacje zawierają opisy unikania bodźców związanych z traumą w punkcie C. Klasyfikacja DSM IV podkreśla obecność stępienia (zmniejszenia ogólnej reaktywności).

Kryterium nadmiernego pobudzenia wyrażone w ICD 10 w punkcie D2 jest odpowiednikiem punktu D w DSM IV i skupia się na takich objawach jak: trudności w zasypianiu, drażliwość lub wybuchy gniewu, trudności z koncentracją, nadmierną czujnością i wzmożoną reakcją zaskoczenia.

Istotne jest kryterium czasu jaki minął od urazu do początku zaburzeń (punkt E obie klasyfikacje). W przypadku DSM IV jest to czas trwania objawów dłuższy niż jeden miesiąc.

W ICD to kryterium dotyczy czasu trwania objawów- 6 miesięcy, rzadko dłużej.

W DSM IV jest jeszcze obecne kryterium dotyczące zakłócenia funkcjonowania pacjenta, nie występuje ono w ICD10.

Obecnie trwają prace nad DSM V, która wprowadzi zmiany również i w kategorii PTSD [20,21]. Wśród propozycji jest stworzenie nowej kategorii -zaburzeń związanych z urazem (Trauma -and Stressor-Related Disorders), tym samym przeniesienie PTSD z kategorii zaburzeń nerwicowych[21]. Propozycje dotyczą także redefinicji kryterium A1 (zawężenie celem wyraźniejszego odróżnienia wydarzeń traumatycznych od tych, które są mniej ciężkimi stresami psychologicznymi). Kryterium B1 ma odróżniać charakterystyczne dla PTSD powracające wspomnienia od depresyjnych ruminacji. Rozważany jest wpływ kultury na rozwój objawów PTSD (B2). Kryterium D2 zostało poszerzone o obecność wyolbrzymionych negatywnych oczekiwań dotyczące siebie, innych i świata,

a w nowym kryterium D3 kładzie się nacisk na samoobwinianie się. Powstaje nowa wiązka E1 skupiająca się na zachowaniach agresywnych oraz E2 opisująca zachowania nieostrożne, lekkomyślne lub samouszkodzeniowe (Reckless or self destructive behaviour).

Światowe Towarzystwo Psychiatryczne we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia planuje wprowadzenie zmian do klasyfikacji ICD-10. W roku 2015 ma się ukazać nowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD-11 [22]. W niej miejsce PTSD znajduje się w kategorii: Zaburzeń związanych ze stresem (Disorders specifically associated with stress). Proponuje się wprowadzenie obok PTSD kategorii: Complex post-traumatic stress disorder- definiowanej jako trwała zmiana osobowości występująca przez co najmniej 2 lata po ekstremalnym stresie. Kategoria ta obejmowałaby - zakodowaną jako F62.0 (wg ICD-10) - Trwałą zmianę osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) [23].

2. Metody pomiaru PTSD

Opracowanie kryteriów diagnostycznych- charakterystycznych objawów PTSD, z odniesieniem ich do zewnętrznych przejawów, pozwoliło na konstruowanie narzędzi pomiaru przydatnych zarówno w diagnozie, jak i umożliwiających prowadzenie dalszych badań.

Metody, które są używane do diagnozowania PTSD można podzielić na ustrukturyzowane wywiady i standaryzowane kwestionariusze samooceny [24]. Janusz Heitzman wyróżnia trzy zasadnicze kategorie instrumentów badawczych PTSD: ustrukturyzowane wywiady, skale inwentarzowe i kwestionariusze [15]. W zależności od sytuacji istnieje możliwość doboru odpowiedniej metody, która jest najlepsza do zaplanowanej procedury badania. Zawsze należy także mieć na uwadze parametry merytoryczne i psychometryczne.

Ustrukturyzowane wywiady

Ustrukturyzowany wywiad jest narzędziem o większej wartości diagnostycznej, jednak wykorzystywany jest głównie w specjalnych ośrodkach medycznych i szpitalach, ze względu na konieczność posiadania przez osoby przeprowadzające wywiad specjalnego przygotowania i przeszkolenia. Czasochłonność tej metody jest drugim czynnikiem ograniczającym jego popularność. Zwykle przeprowadzenie wywiadu diagnozującego PTSD zajmuje od jednej do dwóch godzin [24].

Do najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu ustrukturyzowanych wywiadów można zaliczyć:

Diagnostic Interview Schedule (DIS) - planowy wywiad diagnostyczny. Zaletą tej metody jest możliwość stosowania jej przez przeszkolonego niespecjalistę, jednak jej właściwości psychometryczne były obiektem krytyki [24].

Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID) - moduł do oceny PTSD- ustrukturyzowany wywiad kliniczny dla DSM-III zaadaptowany dla DSM-IV.

Metoda ta była oceniana jako jedna z najlepszych w badaniach klinicznych, jednak podobnie jak DIS, ocenia każdy symptom PTSD tylko pod względem nasilenia [25].

Structured Interview dla PTSD (SI-PTSD) - ustrukturyzowany wywiad dla PTSD metoda, w której ocenie podlegają zarówno nasilenie jak i częstotliwość symptomów PTSD [26].

Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)- metoda przystosowana do poprawionej definicji PTSD (DSM-III-R) o wysokiej rzetelności i trafności, odpowiednia do celów badawczych [5].

PTSD Interview (PTSD-I) - wywiad PTSD-składa się z trzech części, gdzie w pierwszej znajdują się pytania, czy badany doświadczył zdarzenia traumatycznego oraz prośby o jego opis. Druga część to siedemnaście pytań o częstość lub intensywność symptomów PTSD (nawracanie do zdarzenia traumatycznego, unikanie bodźców związanych ze zdarzeniem, nadmierne pobudzenie). Ostatnie pytania dotyczą częstotliwości i okresu występowania symptomów [5,27].

Wspierające diagnozę PTSD wywiady ustrukturyzowane to także ADIS Anxiety Disorders Interview Schedule- planowy wywiad zaburzeń lękowych, który umożliwia diagnozę różnicową zaburzeń lękowych. Zawiera w sobie skalę lęku i depresji Hamiltona [28].

CPTSDI Children's PTSD Inventory - dziecięcy wywiad PTSD.

Kwestionariusze samooceny

Standaryzowane kwestionariusze samooceny to druga grupa narzędzi stosowanych do diagnozy PTSD, wykorzystywane najczęściej do badania dużych grup. [29,30]

Pierwszym kwestionariuszem do diagnozowania PTSD była Impact of Event Scale (IES)- Skala wpływu zdarzeń [31]. Skala składa się z 15 twierdzeń, które jednak obejmują tylko dwa z trzech wymiarów PTSD- intruzję i unikanie, dlatego często stosuje się ją z innymi narzędziami do pomiaru pobudzenia psychofizycznego. Skala została zaadaptowana do warunków polskich [32].

MMPI dla PTSD - Keane, Malloya, Fairbank w 1984 roku podczas badań leczonych weteranów wojennych opracowali podskalę MMPI dla PTSD poprzez identyfikację pozycji, które różnicują leczonych pacjentów z PTSD od osób bez PTSD [za 15].

Mississippi Scale for Combat - Related PTSD - skala dla kombatantów[33] - ma ona 35 pozycji. Jej wersją cywilną jest Civilian Version Mississippi PTSD Scale.

Skalę Mississippi w wersji cywilnej do warunków polskich zaadaptowała w 2001 roku M. Lis - Turlejska i A. Łuszczynska- Cieślak. Skala w dwóch wersjach składa się z 35 i 39 pozycji i zawiera, oprócz pytań odnoszących się do kryteriów PTSD zawartych w DSM-III-R, także

pytania odnoszące się do depresyjności, tendencji samobójczych i poczucia winy. Odpowiedzi określa się na pięciopunktowej skali [34].

Self- Rating Scale for PTSD (SRS-PTSD) jest kwestionariuszem do pomiaru PTSD i został opracowany przez Carlier i współpracowników w 1998 roku. Skala składa się z 17 pytań i odnosi się do symptomów wymienionych w definicji PTSD w DSM- IV [35].

Kwestionariusz do Pomiaru Zaburzenia po Stresie traumatycznym (K-PTSD)- opracowany w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi na podstawie ustrukturyzowanego wywiadu (PTSD-I) Watsona i współpracowników [36]. Polska wersja składa się z 17 pytań kwestionariuszowych o częstość lub intensywność trzech rodzajów objawów charakterystycznych dla PTSD. Nasilenie objawów badani szacują na siedmiopunktowej skali. Skala zawiera także pytania dodatkowe o wystąpienie zdarzenia traumatycznego, jego opis i czas przez jaki występowały lub występują szacowane objawy [5].

Oprócz wymienionych dwóch grup metod do diagnozy PTSD, Janusz Heitzman wyróżnia dodatkowo trzecią grupę narzędzi badawczych PTSD i ASD: kwestionariusze i inne narzędzia łączące metody inwentarza i samooceny. Autor zalicza do tej grupy m.in.: Kwestionariusz PTSD Salomona (1987), wywiad PTSD Goldsteina (1987), kwestionariusz Carda (1983), kwestionariusz Foy (1984) [za 15].

Wnioski

Stres jest naturalnym towarzyszem. Jest on szczególnie silny gdy jego przyczyną jest sytuacja wyjątkowo zagrażająca lub katastroficzna. Wydaje się, że na przestrzeni lat obraz reakcji na stres nie uległ zmianie. Ewolucji uległo natomiast spojrzenie badaczy na jego istotę i skutki jakie wywiera na ludzi.

Mimo, że zespół stresu pourazowego, czy też jego elementy, postrzegano jako działające dysfunkcyjnie na człowieka, już w starożytności, obecnie nadal trwają prace nad redefinicją pojęcia zarówno w ICD 11 jak i DSM 5.

Odbiciem zmiany pojmowania PTSD na przestrzeni lat jest rozwój metod pomiaru, które odwołują się do kryteriów diagnostycznych poszczególnych klasyfikacji.

Oprócz narzędzi użytecznych do badania PTSD istnieją także instrumenty wspierające diagnostykę, jak wywiady badające zaburzenia lękowe czy depresyjne.

Piśmiennictwo

1. Stępień M. Ensi w czasach III dynastii z Ur: aspekty ekonomiczne i administracyjne pozycji namiestnika w świetle archiwum z Ummi. Warszawa; UWaL: 2006.
2. Ben-Ezra M. Trauma 4000 Years Ago?. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 1437-1437.
3. Shay J. Learning about combat stress from Homer's Iliad. *J Trauma Stress*, 1991; 4: 561-582.
4. Shay J. Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials

- of Homecoming. New York; Scribner: 2002.
5. Dudek B. Zaburzenia Po Stresie Traumatycznym. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: 2003.
6. Heitzman J. Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych – klinika, orzecznictwo. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*; Via Medica, 2002; 1 2.
7. Black D. Psychological trauma: a developmental approach. London; Gaskell: 1997.
8. Hovens J.E. Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 1996; 9(2): 399-400.
9. Friedman M.J., Terence M., Resick P.A. Handbook of PTSD: Science and Practice. New York; Guilford Pubn: 2010.
10. Erichsen J.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. Philadelphia; Henry C. Lea 1867.
11. Van der Kolk B.A., Brown P., Hart O.P. Janet on post-traumatic stress. *J Trauma Stress*, (2-4) 1989; 365-378.
12. Wilson J.P. The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV. *J Trauma Stress*, 7,(4), 1994.
13. Orwid M. Krakowskie badania nad PTSD. *Dialog*.11, Mit i tabu, 2002.
14. Heitzman J. Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych -klinika, orzecznictwo. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2002; 2:21-38.
15. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne W., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria*, T. 2, Wrocław;Urban & Partner: 2011; 428-452.
16. International Classification of Diseases, Revision 6 <http://www.wolffbane.com/icd/icd6h.htm>. 1.03.2012
17. International Classification of Diseases, Revision 8 <http://www.wolffbane.com/icd/icd8h.htm>. 1.03.2012
18. ICD-10.Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa; Vesalius Instytut Psychiatrii i Neurologii: 1998.
19. American Psychiatric Association .Diagnostic and statistical manual of mental disorders.Txt Revision.4th ed.Washington 2000.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) <http://www.dsm5.org/ProposedRevision>. 1.03.2012
21. Rosen G.M., Lilienfeld S.O., Frueh B.C., McHugh P.R., Spitzer R.L. Reflections on PTSD's future in DSM-V. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 343-344.
22. Hovens J.E. Research into the Psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder. Delft; Eburon Press: 1994.
23. Newman E., Kaloupek D., Keane T. Assessment of posttraumatic stress disorder in clinical and research settings.van der Kolk B.A., McFarlane A C., Weisaeth L. W: Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York; Guilford Press:1996: 242-275.
24. Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J.L., Ratcliff K.S., National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 38(4): 381-389.
25. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description. *J Personal Disord*, 1995;(9),(2): 83-91.
26. Davidson, J.R.T., Kudler H.S., Smith R.D. Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. W: Giller J.E.L. Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder. Washington DC; American Psychiatric Press: 1990: 205-221.

27. Watson C.G., Juba M.P., Manifold V., Kucala T., Anderson P.E. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol*, 1991; 47(2): 179-88.
28. Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Barlow, D. H. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio; Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated: 1994.
29. Saigh P.A., Yasik A.E., Oberfield R.A., Green B.L., Halamandaris P.V., Rybenstein H. The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *J Trauma Stress*, 2000; 13: 369-380.
30. Saigh P.A. The development and validation of the children's post traumatic stress disorder inventory. *International Journal of Special Education*, 1989; 4: 75-84.
31. Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 1979; 41: 209-218.
32. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 2009; 6 (1):1-8
33. Keane, T. M., Caddell, J. M., Taylor, K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56: 85-90.
34. Lis-Turlejska M., Łuszczynska-Cieślak A. Adaptacja cywilnej wersji Kwestionariusza Zespołu Stresu Pourazowego: Mississippi PTSD Scale. *Czas. Psychol.*, 2002; 7: 165-173.
35. Carlier I.V.E., Lamberts R., Van Uchelen A.J., Gersons B.P.R. Disaster – related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, 2008; 14: 143-148.
36. Koniarek J., Dudek B., Szymczak B. Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD)- zastosowanie PTSD interview Ch. Watson i in. w badaniach grupowych. *Przegl. Psychol.*, 2000; 43:205-216.

Correspondence address

Piotr Ziemecki
Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-
Leczniczy w Celejowie
24-120 Kazimierz Dolny Celejów 68
Tel.:81 881 02 11